

Article

« Le partage des tâches domestiques et les problèmes dépressifs : une analyse de la situation des nouvelles mères au Québec »

Catherine des Rivières-Pigeon, Francine Descarries, Lise Goulet et Louise Séguin

Recherches féministes, vol. 14, n° 2, 2001, p. 5-26.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/058141ar>

DOI: 10.7202/058141ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : erudit@umontreal.ca

LE PARTAGE DES TÂCHES DOMESTIQUES ET LES PROBLÈMES DÉPRESSIFS : UNE ANALYSE DE LA SITUATION DES NOUVELLES MÈRES AU QUÉBEC

CATHERINE DES RIVIÈRES-PIGEON, FRANCINE
DESCARRIES, LISE GOULET ET LOUISE SÉGUIN

Depuis qu'une majorité de femmes occupent une activité professionnelle, le partage du travail domestique a soulevé l'intérêt de nombreux chercheurs et chercheuses (Coltrane 1990 ; Descaries et Corbeil 1995 ; Mercier 1990 ; Roux 1999 ; Vandelac 1985). Aujourd'hui encore, les écrits révèlent avec une constance étonnante que les femmes effectuent généralement deux fois plus de travail domestique que leur conjoint (Baxter 2000 ; Gjerdingen et autres 2000 ; Greenstein 2000 ; Stevens, Kiger et Riley 2001 ; Stohs 2000 ; Sullivan 2000). Au Canada, les plus récentes statistiques nationales à ce sujet indiquent que les femmes font en moyenne 4,4 heures de travail non rémunéré par jour contre 2,7 pour les hommes (Statistique Canada 1998). La « double tâche » constitue donc la situation majoritaire pour les femmes de notre pays, et plusieurs écrits tendent à démontrer que cette situation pourrait avoir des répercussions négatives sur leur santé (Blane, Berney et Montgomery 2001 ; Gjerdingen et autres 2000 ; Walters et autres 1996). Un partage inéquitable du travail domestique a notamment été mis en rapport avec la présence de détresse psychologique chez les femmes, surtout parmi celles qui cumulent les rôles de mère et de travailleuse (Bird 1999 ; Gjerdingen et Chaloner 1994a ; Glass et Fujimoto 1994 ; Rosenfield 1992).

Il est aujourd'hui démontré qu'une proportion importante de femmes souffrent de problèmes dépressifs sévères à la suite de la naissance d'un enfant (O'Hara et Swain 1996). Des désaccords persistent quant à la définition de ce phénomène et, en particulier, le caractère distinct de cette dépression est loin de faire l'unanimité (O'Hara et autres 1990 ; Whiffen et Gotlib 1993 ; Whiffen 1991). Toutefois, une majorité d'auteurs et d'auteures s'entendent pour définir la dépression postnatale d'après les critères retenus pour diagnostiquer l'« épisode dépressif majeur » (American Psychiatric Association 1994) lorsque ces symptômes sont présents au cours de l'année qui suit un accouchement. La prévalence estimée varie selon les études, mais elle se situe généralement autour de 10 à 15 % (O'Hara et Swain 1996).

L'étiologie de la dépression postnatale fait également l'objet de débats. Chacun des changements qui s'opèrent après une naissance, que ceux-ci soient d'origine biologique, psychologique ou sociale, a mené à l'élaboration d'hypothèses concernant l'origine de ce problème de santé. Toutefois, parmi les facteurs dont l'impact sur la santé psychologique des nouvelles mères a été démontré avec la plus grande constance, on trouve la présence de facteurs de stress, la présence de soutien de la part de l'entourage et la qualité de la relation conjugale (O'Hara et

Swain 1996). Pour cette raison, le travail domestique, qui peut constituer une source de stress mais peut également être l'occasion d'un soutien de la part du conjoint, apparaît fort susceptible d'être lié à la santé mentale des nouvelles mères.

Nous savons toutefois peu de choses sur le partage des tâches et son impact sur la population particulière que constituent les femmes ayant récemment donné naissance à un enfant. La situation de ces femmes présente plusieurs particularités qui paraissent susceptibles de modifier à la fois leur rapport aux tâches domestiques et l'impact de ces tâches sur leur santé. Ainsi, le nombre d'heures que nécessitent les soins à un nourrisson et les tâches domestiques qui y sont associées dépasse de loin celles d'une famille où les enfants sont d'âge scolaire ou préscolaire. Les parents de nourrissons sont également plus jeunes que la moyenne des couples. Leur mode de partage des tâches pourrait donc refléter la naissance d'une nouvelle tendance égalitaire. De plus, la première année postnatale se caractérise généralement par une certaine discontinuité dans l'activité professionnelle. Cette discontinuité peut être très brève, limitée à quelques semaines de congé de maternité, mais elle peut également prendre la forme d'un retrait plus prolongé du marché du travail rémunéré.

Le travail domestique effectué par les femmes et l'impact de ce travail sur leur santé psychologique paraissent fort susceptibles d'être liés au rapport qu'elles entretiennent avec l'emploi à cette période de leur vie. Pour cette raison, nous avons choisi, dans le présent article, d'explorer les liens unissant le partage du travail domestique et la présence de symptômes dépressifs chez les nouvelles mères en nous interrogeant sur le rôle joué par l'activité professionnelle, dans cette relation. Notre article comporte trois objectifs. Il a tout d'abord pour objet de faire une première description du partage des tâches domestiques et des soins au nourrisson chez les femmes qui sont mères d'un enfant âgé de 6 mois environ. Nous voulons ensuite explorer la possibilité selon laquelle un partage inéquitable de ces tâches pourrait avoir un impact négatif sur la santé psychologique des nouvelles mères, et plus particulièrement sur la présence de symptômes dépressifs. Enfin, nous explorons le rôle joué par l'activité professionnelle des femmes dans cette relation entre le partage des tâches et la présence de problèmes dépressifs.

Le partage des tâches, état actuel des connaissances

Le partage du travail domestique à la période postnatale

Au cours des mois suivant une naissance, les tâches domestiques et les soins au nourrisson occupent une proportion importante du temps et de l'énergie des nouveaux parents. D'après les statistiques canadiennes sur le partage du travail domestique, plus de la moitié des femmes vivant en couple et travaillant à temps plein, y consacrent au-delà de 15 heures par semaine (Statistique Canada 1998). Cette charge est beaucoup plus lourde, il va sans dire, pour les mères d'enfants de moins de 6 ans. D'après l'étude américaine de McVeigh (1997), l'ampleur de la tâche se révélerait souvent plus importante que ce à quoi s'attendent les nouvelles mères. Les 79 primipares participant à cette étude qualitative effectuée six semaines après la naissance d'un enfant ont toutes indiqué s'être senties dépassées par la charge de travail. Plusieurs ont même dénoncé la « conspiration du silence », autour de la nais-

sance, faisant en sorte que peu de femmes parlent du caractère épuisant des soins que nécessite un nourrisson (McVeigh 1997).

Nous le savons, les femmes effectuent plus des deux tiers des tâches domestiques et des soins aux enfants (Statistique Canada 1998). Cela paraît beaucoup, et pourtant, la réalité pourrait se révéler encore plus loin de l'égalité. En effet, le seul nombre d'heures ne donne qu'une idée partielle de la situation. D'autres données, notamment le sentiment de responsabilité à l'égard des tâches, ou le type de tâches effectuées par chacun des parents, peuvent également offrir de l'information complémentaire importante concernant le caractère égalitaire du mode de partage. Les données en termes d'heures peuvent ainsi cacher le fait que la responsabilité du travail domestique repose souvent en totalité sur les épaules des femmes, même lorsque le conjoint effectue une proportion des tâches à faire. Un travail de « préparation » ou de persuasion, est alors nécessaire à toute participation du conjoint. Ces données peuvent également cacher le fait que le type de tâches n'est pas distribué au hasard : les femmes sont généralement responsables des tâches quotidiennes et routinières, telles que la préparation des repas, le lavage, le ménage et le rangement, alors que les hommes s'occupent de travaux plus occasionnels, aux « horaires » plus flexibles, comme pelleter la neige, tondre la pelouse ou sortir les poubelles (Descarries et Corbeil 1995). La division des soins à donner aux enfants serait légèrement plus égalitaire en fait d'heures, mais demeurerait stéréotypée, la participation des pères se concentrant sur le jeu, les activités de loisirs, le transport et l'aide aux travaux scolaires (Descarries et Corbeil 1995).

Le partage des tâches entre les parents de très jeunes enfants a été plus rarement étudié. Cependant, les écrits indiquent que la proportion du travail domestique effectué par les femmes aurait tendance à augmenter au cours de la première année postnatale (Brannen et Moss 1991 ; Gjerdingen et Chaloner 1994a ; Moss et autres 1987 ; Romito 1990). Certains auteurs et auteures ont d'ailleurs remarqué que cette période marquait souvent un retour vers une répartition plus traditionnelle des rôles (Romito 1990). L'une des raisons susceptibles d'expliquer cette situation est la présence constante des nouvelles mères à la maison au cours des premiers mois suivant une naissance. Cette présence pourrait en effet favoriser leur prise en charge des tâches domestiques et des soins au nourrisson. Il est possible que ce mode de partage ne soit ensuite que partiellement modifié au moment de la reprise, par les femmes, de leur activité professionnelle.

L'influence du travail domestique sur la symptomatologie dépressive postnatale

De nombreux auteurs et auteures ont soulevé l'hypothèse selon laquelle le partage des tâches domestiques peut avoir un impact sur la santé psychologique des femmes (Bird 1999 ; Blane, Berney et Montgomery 2001 ; Gjerdingen et autres 2000 ; Gjerdingen et Chaloner 1994a ; Glass et Fujimoto 1994 ; Rosenfield 1992 ; Walters et autres 1996). L'une des raisons invoquées pour expliquer cette relation est le stress et la fatigue que peut susciter le travail domestique, particulièrement lorsque celui-ci est effectué sans aide, et ce, parallèlement à une activité professionnelle. Cette hypothèse pourrait fort bien expliquer en partie la proportion importante de symptômes dépressifs retrouvés chez les femmes à la période post-

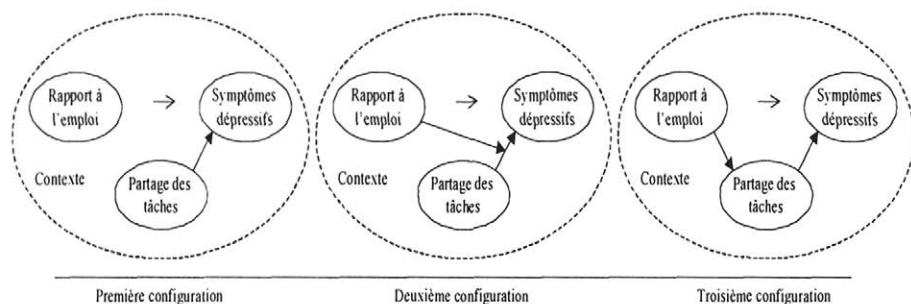
natale. En effet, bien que des facteurs d'ordre biologique et psychologique jouent vraisemblablement un rôle dans le développement de problèmes dépressifs, l'impact des facteurs dits « psychosociaux » sur la dépression des nouvelles mères est aujourd'hui largement démontré (Beck 1996 ; Bernazzani et autres 1997 ; Gjerdingen et Chaloner 1994b ; Neter et autres 1995 ; O'Hara et Swain 1996 ; Romito, Saurel-Cubizolles et Lelong 1999 ; Séguin et autres 1999 ; Wilson et autres 1996). Le partage du travail domestique n'a toutefois que rarement été pris en considération dans les études portant sur les facteurs de risque des symptômes dépressifs chez les nouvelles mères. De plus, très peu d'auteurs ou d'auteures se sont intéressés aux liens unissant le partage du travail domestique et l'activité professionnelle des femmes.

L'impact du partage des tâches semble pourtant lié de près au rapport qu'entretiennent les femmes avec l'emploi. De façon générale, un partage inéquitable est présenté comme particulièrement nocif pour les femmes qui cumulent des activités domestiques et professionnelles. L'hypothèse la plus fréquemment retenue est donc une hypothèse interactive : la relation entre le partage des tâches et les problèmes dépressifs est présentée comme susceptible de varier en fonction du rapport des femmes à l'emploi. Cette première hypothèse est présentée graphiquement à la figure 1 (deuxième configuration). Selon cette hypothèse, en considérant un mode de partage des tâches équivalent, les mères travailleuses souffriraient plus que celles qui restent à la maison du travail domestique à effectuer et des soins aux enfants qu'elles doivent assumer. Bien que la charge de travail domestique puisse être lourde pour les femmes demeurant à la maison, l'absence d'activité professionnelle réduit peut-être leur état de fatigue ou même leurs attentes quant à la participation du conjoint, limitant les sources de stress et de conflits qui y sont associées. Des différences pourraient également apparaître parmi les non-travailleuses, en fonction du lien que les femmes entretiennent avec le marché de l'emploi. Ainsi, le caractère temporaire de la situation des femmes en congé de maternité ou en congé parental pourrait réduire l'effet néfaste d'une division inégale du travail domestique et des soins au nourrisson. Les femmes en congé souffriraient alors moins que les femmes au foyer d'un mode de partage inégal.

Il existe toutefois d'autres possibilités concernant la relation susceptible d'exister entre le partage des tâches, le rapport à l'emploi et les symptômes dépressifs. Nous pouvons par exemple postuler que l'effet néfaste d'un partage inéquitable est indépendant de l'activité professionnelle des nouvelles mères (figure 1 : première configuration). Ainsi, un partage équitable pourrait se révéler bénéfique parce qu'il est associé à une meilleure relation conjugale. Cette association s'observerait alors autant chez les travailleuses que chez les non-travailleuses. Plusieurs études démontrent que les conflits entre partenaires sont fortement liés à l'apparition de problèmes dépressifs au cours de l'année qui suit un accouchement (O'Hara et Swain 1996 ; Romito, Saurel-Cubizolles et Lelong 1999). Dans l'état actuel des connaissances, il n'est pas possible d'affirmer avec certitude que le partage des tâches est lié à la qualité de la relation conjugale. Cependant, la satisfaction quant à la participation du conjoint ainsi que la présence de tensions dans le couple à ce sujet paraissent susceptibles d'affecter la santé psychologique des nouvelles mères et peuvent être liées à la répartition effective des tâches dans le couple.

La dernière configuration de liens (figure 1 : troisième configuration) doit enfin être envisagée. Selon celle-ci, le partage du travail domestique est associé au rapport entretenu par les femmes au marché de l'emploi. Cette association pourrait être à l'origine de différences, dans la proportion de problèmes dépressifs, entre les travailleuses et les non-travailleuses. Par exemple, le fait d'être au travail pourrait mener à une baisse du travail domestique effectué par les nouvelles mères. Dans cette éventualité, même si l'effet du partage sur la santé psychologique était le même quel que soit le rapport à l'emploi, les mères travailleuses seraient moins nombreuses à souffrir de problèmes dépressifs. Un partage inégalitaire des tâches domestiques constituerait alors une caractéristique associée au séjour à la maison qui pourrait être responsable d'une proportion plus élevée de problèmes dépressifs chez les femmes qui n'exercent pas d'activité professionnelle.

Figure 1
Configurations de liens envisagées



Pour saisir l'impact du partage des tâches sur la santé psychologique des nouvelles mères, il est important de tenir compte de la diversité des situations vécues par les femmes à cette période de leur vie. Le rapport à l'emploi constitue un élément déterminant de la situation des nouvelles mères. Pour cette raison, nous avons choisi de tenir compte de ce facteur dans notre analyse de l'influence du partage des tâches sur la présence de problèmes dépressifs. En explorant les liens qui unissent le partage des tâches, le rapport à l'emploi et les symptômes dépressifs, nous serons en mesure de mieux comprendre la réalité des nouvelles mères. Nous pourrions ainsi éclairer partiellement le processus qui mène au développement de problèmes dépressifs après la naissance d'un enfant.

La méthode retenue

Notre article présente les résultats d'analyses concernant la situation de 407 femmes, toutes mères d'un enfant âgé de 6 mois environ.

Les données ont été recueillies entre le 10 avril et le 23 octobre 1996, dans le contexte d'un projet de recherche portant sur la santé des mères durant l'année qui suit une naissance (Séguin, Goulet et Saurel-Cubizolles 1995). Au total, 616 femmes se trouvant entre le deuxième et le quatrième jour suivant l'accouchement ont été recrutées dans quatre hôpitaux du Grand Montréal. Ces hôpitaux servaient majoritairement une population de citadines, mais la population fréquentant l'un des hôpitaux comportait une proportion importante de femmes vivant en milieu rural. Selon

l'entente conclue avec les centres hospitaliers, une infirmière a tout d'abord présenté les femmes pour obtenir leur consentement verbal. Ainsi, 80% des mères abordées ont accepté de participer à l'enquête. Elles ont été interviewées par une agente de recherche. Les mères participantes devaient maîtriser suffisamment l'usage du français pour être en mesure de répondre aux questions. Les mères adolescentes (âgées de moins de 18 ans au moment du recrutement), ainsi que celles qui avaient accouché de jumeaux, ont été exclues du recrutement, leur situation présentant des particularités que nous n'étions pas à même d'examiner dans notre étude. Les mères d'enfants mort-nés ou de bébés décédés après l'accouchement ont également été exclues.

Un questionnaire a été envoyé par la poste aux 616 répondantes six mois après le premier entretien. Deux rappels postaux et un rappel téléphonique ont été prévus en vue d'augmenter le taux de réponse. Les données utilisées pour le présent article proviennent du questionnaire retourné par ces mères six mois après la naissance de l'enfant. On obtient alors un taux de réponse de 78,9%, 486 femmes ayant répondu au questionnaire. Les non-répondantes se sont révélées moins scolarisées, plus souvent célibataires et vivant avec un revenu moindre que les répondantes. Elles étaient également plus nombreuses à être nées à l'extérieur du Canada. Leur état de santé physique et psychologique durant la grossesse et en postpartum immédiat était cependant comparable à celui des répondantes.

Pour ces analyses, qui portent sur le partage du travail domestique et sur le rapport à l'emploi, nous avons exclu 79 femmes dont la situation ne correspondait pas aux catégories que nous avons choisi de traiter. Il s'agit, tout d'abord, des 40 femmes vivant sans conjoint, pour qui la question du partage des tâches domestique n'était pas pertinente. Ensuite, 39 femmes présentaient une situation particulière concernant le rapport à l'emploi, situation que nous n'étions pas en mesure d'évaluer avec précision. Parmi ces femmes, on trouvait 19 étudiantes et 3 femmes en congé de maladie. On comptait également 3 contractuelles, non-travailleuses au moment où elles ont répondu au questionnaire, mais qui indiquaient prévoir reprendre leur travail (à forfait) dans les mois à venir. Enfin, nous avons exclu 8 femmes indiquant être travailleuses, mais actuellement « en disponibilité ». La décision d'exclure ces participantes a été prise pour éviter les difficultés liées à l'évaluation du rapport entretenu par ces femmes au marché de l'emploi. L'échantillon final comprend donc 407 répondantes.

La mesure du partage, du rapport à l'emploi et des symptômes dépressifs

Le partage des tâches domestiques et des soins au nourrisson, le rapport entretenu par les mères au marché de l'emploi et les symptômes dépressifs postnatals constituent les variables principales de notre analyse.

La symptomatologie dépressive a été mesurée à l'aide de la version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) (Radloff 1977) validée par Fuhrer et Rouillon (1989). Cette échelle comprend vingt énoncés décrivant des symptômes liés à la dépression. La répondante doit indiquer si, au cours de la semaine précédente, elle a présenté ces symptômes très rarement, occasionnellement, assez souvent ou fréquemment (tout le temps). Chaque réponse est

cotée de 0 à 3, le score total pouvant alors se situer entre 0 et 60. Précisons que la version originale de l'échelle CES-D a fait l'objet de nombreux travaux de validation par l'équipe initiale de 1973 à 1977. Depuis, elle a largement été utilisée aux États-Unis et ailleurs dans le monde. Aux fins de notre analyse, le score de l'échelle a été traité en continu, un score élevé correspondant à la présence d'un nombre élevé de symptômes dépressifs.

Le mode de partage des tâches a été mesuré à partir des réponses à une question en sept parties correspondant à trois tâches qualifiées de quotidiennes, généralement effectuées de une à plusieurs fois par jour (préparation des repas, vaisselle, rangement) et de quatre tâches qualifiées d'hebdomadaires, qui sont accomplies en règle générale de une à plusieurs fois par semaine (achats, ménage, lavage et repassage). Les six choix de réponses ont permis de mesurer le partage des tâches entre les partenaires, en accordant, pour les tâches hebdomadaires, respectivement 5 et 4 points lorsque la répondante a indiqué effectuer « toujours » ou « le plus souvent » la tâche désignée, 3 points lorsque le partage est décrit comme égal entre les deux, respectivement 2 points et 1 point lorsque la répondante a indiqué que la tâche était effectuée « le plus souvent » ou « toujours » par son conjoint et 0 lorsque la tâche désignée était effectuée par une autre personne ou n'était pas à faire. Des points doubles ont été attribués aux tâches qualifiées de quotidiennes, soit, pour les mêmes réponses, 10, 8, 6, 4, 2 et 0. Une variable continue a été créée pour chacune des répondantes, en divisant le score total par le nombre de tâches à effectuer par les deux parents. La valeur de cette variable est comprise entre 5 (la femme effectue la totalité des tâches) et 1 (l'homme effectue la totalité des tâches). Le score a été par la suite regroupé pour créer les quatre catégories suivantes : 1) score compris entre 1 et 2,4 : l'homme effectue plus de la moitié des tâches ; 2) score compris entre 2,5 et 3,4 : le partage des tâches est égalitaire ; 3) score compris entre 3,5 et 4,4 : la femme effectue la majorité des tâches ; et 4) score compris entre 4,5 et 5 : la femme effectue la presque totalité des tâches.

Une variable mesurant le mode de partage des soins à donner au nourrisson a été élaborée de la même façon à partir des réponses à une question en cinq parties. Puisque les tâches sont toutes accomplies de une à plusieurs fois par jour (préparer les repas du bébé, le faire boire ou manger, se lever la nuit, changer ses couches et lui donner son bain), il n'a pas été nécessaire de procéder à une pondération liée à la fréquence. Le score obtenu, variant également de 1 (tout est effectué par l'homme) à 5 (tout est effectué par la femme), a permis de former une variable en quatre catégories semblable à celle qui a été créée pour le partage des tâches domestiques.

Enfin, une variable en quatre catégories, conçue à partir des réponses données à une question à choix multiples, a été mise au point pour mesurer le rapport des mères à l'emploi. La première catégorie regroupe les femmes qui ont un emploi et qui étaient de retour au travail au moment où elles ont répondu au questionnaire (sixième mois postnatal). La deuxième catégorie réunit les femmes qui ont un emploi mais étaient en congé (congé parental) à cette période. Nous avons ensuite rassemblé dans la troisième catégorie les non-travailleuses qui n'avaient pas l'intention d'intégrer le marché du travail avant un an et se décrivaient comme « mère au foyer ». Enfin, dans la quatrième et dernière catégorie, nous avons regroupé les non-travailleuses qui indiquaient être à la recherche d'un emploi.

La mesure des caractéristiques des femmes et de leur environnement

Outre ces quatre variables principales, nous avons mesuré douze variables concernant les facteurs de risque dits « psychosociaux » retrouvés le plus fréquemment dans les écrits portant sur la symptomatologie dépressive postnatale. Ces variables nous ont permis d'évaluer l'effet des variables d'intérêt sur la symptomatologie dépressive en l'adaptant pour ces facteurs de risque.

Nous pouvons regrouper ces facteurs en deux grandes catégories : les caractéristiques des nouvelles mères et les caractéristiques de leur environnement immédiat. Les caractéristiques des nouvelles mères incluent leur niveau de scolarité, leur âge, la perception de leur propre état de santé (d'après l'indice de santé globale conçu pour l'enquête de Santé Québec) et leur désir d'être mère au moment de l'annonce de la grossesse. Parmi les caractéristiques de l'environnement des nouvelles mères, nous avons mesuré la qualité perçue de la relation conjugale, la présence de soutien social et la présence d'événements stressants.

La qualité de la relation conjugale a été mesurée indirectement, à partir des réponses à deux questions. La question incluse dans le questionnaire lié au sixième mois postnatal portait sur l'amélioration ou la détérioration de cette relation depuis la naissance de l'enfant. Nous avons cependant accès aux réponses des femmes à une autre question, posée au cours des jours suivant la naissance, qui concernait la qualité de la relation pendant la grossesse. Nous avons donc considéré comme « insatisfaites » les femmes qui ont indiqué, dans le questionnaire qui leur était soumis au sixième mois postnatal, que leur relation conjugale était « moins bonne qu'avant ». Nous avons également classé comme « insatisfaites » les femmes qui, au sixième mois postnatal ont indiqué que leur relation était « comme avant », et qui l'avaient d'abord décrite comme « moyenne », « difficile » ou « très difficile » durant la grossesse. Toutes les autres ont été considérées comme satisfaites de leur relation. Le soutien social a été mesuré à partir de questions portant sur le nombre de personnes dans le réseau de soutien, et sur la disponibilité de l'aide dont les nouvelles mères ont pu avoir besoin. Enfin, trois variables nous ont permis de mesurer la présence de sources de stress : une liste de dix éléments pouvant engendrer du stress, la présence de relations conflictuelles et la présence de problèmes de santé du nourrisson.

Les analyses effectuées

La première série d'analyses descriptives nous a permis de faire un portrait des femmes de notre échantillon ainsi que de leur mode de partage des tâches domestiques et des soins au nourrisson.

Dans la deuxième série d'analyses, nous avons exploré la relation entre le partage des tâches et les problèmes dépressifs vécus par les nouvelles mères. Des analyses bivariées (ANOVA, avec tests Post-hoc) ont tout d'abord été effectuées dans le but de déterminer la présence d'une association entre le partage des tâches et des soins et la symptomatologie dépressive postnatale. Pour vérifier la possibilité que cette association soit indépendante du rapport à l'emploi et des autres facteurs de risque dans le cas de la symptomatologie dépressive postnatale, une analyse multivariée (régression multiple, méthode *stepwise backward*) a été effectuée avec

l'ensemble des variables, soit, en plus du partage des tâches et des soins, le rapport à l'emploi et les douze caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement.

La troisième série d'analyses nous a permis d'explorer le rôle du rapport à l'emploi dans la relation entre le partage des tâches et les symptômes dépressifs. L'ajout de deux variables d'interaction¹ dans le modèle de régression multiple nous a permis d'explorer la possibilité d'une relation interactive proposée dans la deuxième configuration de liens (voir la figure 1). Ces deux variables devaient permettre de révéler la présence d'une interaction entre, d'une part, le partage des tâches et l'emploi sur la symptomatologie dépressive et, d'autre part, entre le partage des soins et l'emploi sur la symptomatologie dépressive. La possibilité d'une relation indépendante (figure 1 : première configuration) a été explorée par le modèle multivarié décrit précédemment, qui incluait la variable « rapport à l'emploi » (deuxième série d'analyses). En effet, cette analyse nous permettait d'évaluer si l'effet du partage des tâches était présent même en l'adaptant pour le rapport des mères à l'emploi. La troisième configuration de liens a été explorée de façon indirecte seulement. Nous avons choisi de mettre en relation le rapport entretenu par les femmes au marché de l'emploi avec leur mode de partage des tâches et des soins à l'aide d'une ANOVA. Si ce mode de partage se révèle lié à la symptomatologie dépressive dans les deux premières analyses, l'association entre le rapport à l'emploi et le mode de partage des tâches pourrait être l'indice de la relation indirecte entre l'emploi et la symptomatologie dépressive qui est postulée dans la troisième configuration (voir la figure 1).

Le logiciel SPSS a été utilisé pour l'ensemble des analyses et les seuils de signification de 0,05 (pour l'inclusion) et de 0,10 (pour l'exclusion) ont été privilégiés. Les analyses ont été effectuées sur les réponses ne contenant pas de données manquantes. Celles-ci concernent une répondante pour la variable « partage des soins », trois répondantes pour la variable « revenu » et six répondantes pour la variable « qualité de la relation conjugale ».

Partage, emploi et détresse : les résultats obtenus

La description de l'échantillon

La participation à l'étude étant sur une base volontaire, l'échantillon est non probabiliste et ne peut être considéré comme parfaitement représentatif de la population des nouvelles mères québécoises. Il est cependant intéressant de noter que 80 % des femmes abordées ont accepté de participer à notre étude et que 78,6 % d'entre elles ont répondu au questionnaire reçu par la poste au sixième mois postnatal.

1. Ces variables sont créées mathématiquement en multipliant le score ou l'indicateur (soit 0 ou 1 pour les variables catégorielles) des deux variables (variable « partage » « emploi ») soupçonnées d'interagir sur la variable dépendante (« dépression »). Ces variables d'interaction, si elles sont significatives dans le modèle, révèlent la présence d'un effet qui varie en fonction du niveau d'une des variables (par exemple, l'effet de la variable « partage » sur la variable « dépression » varie en fonction du niveau de la variable « emploi »).

Les données indiquent qu'une proportion importante des femmes de notre échantillon, soit plus de 27 %, ont obtenu un score de 16 ou plus à l'échelle de symptomatologie dépressive CES-D (voir le tableau 1). Le score moyen obtenu par les répondantes à cette échelle est de 12,08. Bien que la limite puisse varier selon les études, un score égal ou supérieur à 16 est généralement considéré comme l'indice d'un problème dépressif nécessitant l'attention des spécialistes et personnes-ressources dans les domaines social et médical.

Le rapport entretenu par les femmes de notre échantillon avec le marché de l'emploi se rapproche de celui qui apparaît chez l'ensemble des nouvelles mères canadiennes (Marshall 1999). La plus grande proportion des femmes (38,3 %, n : 156) ont indiqué être en congé parental au moment où elles ont répondu au questionnaire, soit au sixième mois postnatal. L'échantillon comprend également plus de 30 % de femmes ayant repris le travail (33,4 %, n : 136). Un peu plus de 20 % des mères (22,4 %, n : 91) se sont décrites comme « au foyer », alors que près de 6 % (5,9 %, n : 24) d'entre elles ont indiqué être à la recherche d'un emploi. La majorité des travailleuses ayant repris le travail (64,7 %) étaient de retour après plus de trois mois d'absence. Moins de 15 % étaient de retour au travail avant la fin du deuxième mois postnatal.

Les autres caractéristiques des femmes de notre échantillon sont présentées en détail dans le tableau 1. Ces résultats révèlent que nous avons recruté des femmes venant de milieux socioéconomiques variés. On trouve également une grande diversité sur le plan des caractéristiques des répondantes et de leur environnement.

Le mode de partage des tâches domestiques et des soins au nourrisson

Le tableau 2 présente les réponses données par les femmes aux douze questions posées sur le partage des tâches domestiques et des soins au nourrisson. Dans l'ensemble, on observe que, à la question « Qui fait les tâches ? », les réponses « Vous [la femme] toujours » et « Vous [la femme] le plus souvent » sont très fréquemment données, suivies de près par « Les deux conjoints également ». Un très faible pourcentage de femmes, souvent moins de 5 %, ont donné les réponses « Votre conjoint le plus souvent » ou « Votre conjoint toujours ».

On remarque toutefois certaines différences, dans le mode de partage, en fonction des tâches et des soins visés. Ainsi, le lavage est la tâche la plus souvent réservée aux femmes. Cette tâche est effectuée par les femmes (réponses : « Vous [femme] toujours » ou « Vous [femme] le plus souvent »), dans une proportion de 75 %. La préparation des repas revient également aux femmes dans le cas d'une grande majorité des couples (69 %). Une seule tâche semble plus souvent répartie de façon égalitaire : la vaisselle, faite par les deux membres du couple dans 45 % des cas. Notons toutefois qu'elle est effectuée « toujours » ou « le plus souvent » par la femme dans 43 % des cas, alors qu'elle n'est accomplie « le plus souvent » par l'homme que dans 9 % des cas. Parmi les tâches mesurées, les achats sont la tâche effectuée par les hommes dans une plus grande proportion : 22 % d'entre eux s'occupent de cette tâche « toujours » ou « le plus souvent », la proportion d'hommes dans ces catégories ne dépassant pas 10 % pour toute autre tâche.

Les soins à donner au nourrisson sont plus souvent réservés de façon exclusive à la femme. Les résultats démontrent de façon frappante à quel point il est rare, à cette période de la vie, que l'homme assume ne serait-ce qu'un de ces soins plus fréquemment que sa conjointe. Ainsi, la préparation des repas du bébé est effectuée par la femme (« toujours » et « le plus souvent ») chez 82 % des couples. Le changement de couche est le soin réparti le plus équitablement entre les deux conjoints : 47 % des répondantes décrivent une répartition égale. Notons que cette tâche demeure effectuée plus fréquemment par la femme dans plus de 50 % des cas et que 10 % des hommes ne changent jamais la couche de leur bébé. Le soin au nourrisson le plus souvent assuré par l'homme est le bain (12 %), suivi du lever de nuit (5 %), ces soins demeurant toutefois effectués par les femmes dans 60 % des cas. Près du tiers des hommes ne se lèvent jamais la nuit.

Les résultats « bruts », c'est-à-dire par tâches, ne donnent toutefois qu'une vision partielle de la réalité puisque c'est l'accumulation des tâches (répondre « Vous [femme] toujours » pour une grande majorité de tâches, par exemple) qui paraît susceptible de se révéler épuisante. Afin de mesurer le mode de partage des tâches domestiques et des soins au nourrisson, nous avons donc créé un score à partir de l'ensemble des questions. Ce score a ensuite été classé en quatre catégories qui correspondent aux réponses suivantes : « Vous [femme] toujours », « Vous [femme] le plus souvent », « Les deux conjoints également », « votre conjoint toujours ou le plus souvent » pour chacune des tâches et des soins proposés². Les résultats, présentés au tableau 3, démontrent qu'un peu plus de la moitié des femmes ont obtenu un score moyen qui correspond à la catégorie (« Vous [femme] le plus souvent »). Chez environ le tiers des couples, le partage est égalitaire. Cette proportion baisse légèrement pour le partage des soins au nourrisson, où, on le remarque, la participation de l'homme semble en moyenne plus faible. Une proportion moins marquée, mais non négligeable de femmes, soit environ 15 %, révèlent être responsables de la totalité des tâches domestiques et des soins au nourrisson. Le score de 4,5 à 5, qui correspond à cette catégorie, indique qu'elles ont répondu « Vous [femme] toujours » pour la quasi-totalité ou la totalité des énoncés proposés. Enfin, si un mode de partage égalitaire caractérise près du tiers des couples, les données indiquent que la situation où l'homme effectue une proportion plus importante de tâches que sa conjointe est rarissime. Nous avons dû regrouper les scores correspondant aux réponses « Votre conjoint le plus souvent » et « Votre conjoint toujours » pour l'ensemble des énoncés et seuls trois couples pour les tâches et deux pour les soins, soit moins de 1 % de l'échantillon, ont pu être classés dans ces catégories. De plus, bien que le mode de partage des tâches et des soins se soit révélé extrêmement significatif pour toutes les autres catégories (nous noterons, par exemple, que les femmes exécutant la totalité des tâches s'occupent généralement de la totalité des soins), dans ces cas exceptionnels où le conjoint effectue plus de la moitié des tâches, on observe que la femme assure la majorité des soins. L'inverse (l'homme accomplit plus de la moitié des soins et la femme, plus de la moitié des tâches) est également vrai.

2. Dans le questionnaire, les réponses « Votre conjoint le plus souvent » et « Votre conjoint toujours » étaient proposées. Le très faible nombre de réponses dans ces catégories nous a obligées à les regrouper.

Le partage du travail domestique et les symptômes dépressifs chez les nouvelles mères

Le mode de partage des tâches domestiques et des soins au nourrisson a-t-il une influence sur l'état de santé psychologique des nouvelles mères ? Les résultats des premières analyses bivariées, présentés au tableau 4, indiquent, du moins, que ce mode de partage est associé au score à l'échelle de symptomatologie dépressive, tant en ce qui concerne les tâches que les soins. En effet, plus la proportion de tâches et de soins effectuée par la femme est importante (ce que démontre un score élevé à l'indice de partage), plus son score à l'échelle de symptomatologie dépressive est élevé, signe de problèmes dépressifs ($p = 0,008$ pour les tâches et $p = 0,001$ pour les soins). Ainsi, lorsque le partage est égalitaire, le score moyen à l'échelle de dépression est de 11,39 et de 10,35 pour les tâches et les soins respectivement, alors qu'il est de 15,95 et de 16,00 lorsque la femme accomplit la quasi-totalité des tâches et des soins, score qui atteint la limite à partir de laquelle un problème dépressif pourrait être diagnostiqué. Les résultats des tests Post hoc indiquent que la différence significative se retrouve entre la dernière catégorie de partage (la femme fait la quasi-totalité des tâches et des soins) et les autres catégories (majorité des tâches assurées par la femme ou partage égalitaire). En regroupant les catégories de façon à isoler les femmes décrivant faire la quasi-totalité des tâches, on trouve une association significative entre cette catégorie et le score à l'échelle de symptômes dépressifs ($p = 0,001$ pour les tâches et $p < 0,001$ pour les soins).

Le rôle du rapport à l'emploi

Nos premières analyses bivariées nous ont permis de démontrer que le partage des tâches est associé au score obtenu par les femmes à l'échelle de symptomatologie dépressive. Reste à savoir, cependant, si cette association est liée à la présence d'autres facteurs de risque pour la symptomatologie dépressive postnatale dans le groupe des femmes où le partage est inégal.

Les résultats de l'analyse multivariée, présentés au tableau 4, démontrent que, même en présence des autres variables du contexte de vie des nouvelles mères (dont le rapport à l'emploi), on trouve une association significative entre un mode de partage inégalitaire (la femme effectue la totalité des tâches) et le score à l'échelle de symptômes dépressifs. Le modèle indique qu'un partage inégalitaire des tâches domestiques, un faible niveau de scolarité, une relation conjugale insatisfaisante de même que le fait d'avoir manqué d'aide et d'avoir vécu du stress sont indépendamment associés à une hausse du nombre de symptômes dépressifs. En présence du partage des tâches, le partage des soins, fortement corrélé à ce dernier, n'est plus significatif.

La deuxième configuration de liens que nous avons envisagée (voir la figure 1) présentait l'effet du partage des tâches et des soins comme variant en fonction du rapport entretenu par les nouvelles mères au marché de l'emploi. Aucune des variables insérées dans le modèle pour tester la présence d'une interaction entre le partage des tâches et des soins ainsi que le rapport à l'emploi, sur le score à l'échelle de symptomatologie dépressive, n'a atteint le seuil de signification (valeurs de p

variant de 0,85 à 0,16). À la lumière de ces résultats, le mode de partage des tâches ne semble pas avoir un effet significativement différent chez les travailleuses de celui qui est observé chez les femmes à la maison.

Rappelons finalement que la troisième configuration de liens envisagée présentait le rapport entretenu par les femmes au marché de l'emploi comme étant lié au mode de partage des tâches et des soins dans le couple. Nous avons vu que le partage des tâches est associé à la symptomatologie dépressive postnatale. Les résultats présentés au tableau 6 révèlent que le mode de partage des tâches est également lié, d'après nos données, au rapport des nouvelles mères à l'emploi. On note en effet une différence significative entre les scores moyens à l'indice de partage en fonction du rapport à l'emploi ($p = 0,001$ pour les tâches et $p < 0,0001$ pour les soins). Les travailleuses ont le score moyen le plus bas tant pour les tâches domestiques que pour les soins au nourrisson, révélant la présence d'un partage plus égalitaire dans ce groupe. Suivent ensuite les femmes à la recherche d'un emploi, les femmes en congé parental et les femmes au foyer. Les résultats sont semblables pour les soins au nourrisson, à l'exception du score des femmes à la recherche d'un emploi, qui dépasse dans ce cas légèrement celui des femmes au foyer (les femmes à la recherche d'un emploi font une plus grande proportion des tâches, dans ce cas). Les résultats des tests Post-hoc démontrent que la différence significative se retrouve, pour le partage des tâches, entre le groupe des travailleuses et celui des femmes au foyer. Pour le partage des soins au nourrisson, la moyenne des travailleuses est significativement différente de celle de tous les autres groupes.

Conclusion : le partage des tâches, un élément important pour la santé psychologique postnatale ?

Notre étude est l'une des premières à avoir analysé précisément le partage des tâches auprès des femmes québécoises qui sont mères de très jeunes enfants. Les résultats que nous avons obtenus indiquent que le partage des tâches des nouveaux parents n'est pas très différent de celui qui existe dans l'ensemble de la population. Comme pour de nombreuses études du même genre, et en dépit de l'approximation que cela peut présenter, nous avons dû nous limiter à mesurer la perception qu'a la femme, qui est la répondante, de la participation des deux partenaires. Les indicateurs de partage des tâches font rarement l'objet d'études formelles établissant leur validité. L'instrument que nous avons utilisé ne fait pas exception à cette règle. Par contre, les résultats d'études où les deux membres du couple ont été questionnés indiquent que les femmes auraient tendance à surévaluer plutôt qu'à sous-évaluer l'apport de leur conjoint, bien que les réponses de l'un et de l'autre puissent situer différemment, par exemple, les moments du partage (Paquette 1998). Nos résultats, comme ceux de l'immense majorité des études à ce sujet, laissent voir que la situation la plus fréquente est celle où la femme effectue la majorité des tâches et des soins à donner. Un partage égalitaire est présent chez près du tiers des couples interrogés, mais la situation où le conjoint effectue plus de la moitié des tâches demeure rare. Enfin, près de 15 % des femmes effectuent la totalité des tâches et des soins devant être prodigués.

L'égalité dans le partage des tâches doit-elle, après tout, être visée ? Certaines études ont démontré que des femmes – et des hommes, il va sans dire – étaient satisfaites de leur mode de partage inégalitaire (Romito 1990 ; Roux 1999). Cependant, les résultats de notre étude, comme ceux de plusieurs autres auteurs et auteures, semblent indiquer qu'il y a un prix à payer pour l'inégalité (Bird 1999 ; Blane, Berney et Montgomery 2001 ; Gjerdingen et autres 2000 ; Glass et Fujimoto 1994 ; Rosenfield 1992 ; Walters et autres 1996). En effet, nos résultats démontrent clairement la présence d'une association entre un mode de partage inégalitaire et la symptomatologie dépressive postnatale. Si le devis de notre étude ne permet pas de donner une direction à la relation observée, il apparaît peu probable que les symptômes dépressifs incitent les femmes à effectuer une plus grande proportion des tâches domestiques et des soins au nourrisson. La perte d'énergie et le ralentissement psychomoteur sont en effet des caractéristiques centrales des épisodes dépressifs (American Psychiatric Association 1994). Nous ne pouvons exclure la possibilité selon laquelle les femmes déprimées pourraient percevoir le partage comme moins égalitaire. Cependant, il reste que le partage inégal a une forte probabilité d'être à l'origine des symptômes dépressifs observés. Le taux particulièrement élevé de symptomatologie dépressive chez les femmes indiquant effectuer la quasi-totalité des tâches et des soins peut être interprété comme le signe d'un « seuil » à partir duquel un partage inégalitaire pourrait affecter de façon particulièrement importante l'état de santé psychologique.

D'après les analyses statistiques multivariées, le partage inégalitaire des tâches domestiques reste lié à la symptomatologie dépressive en présence des facteurs de risque les plus connus pour la dépression postnatale. L'effet du partage des tâches est donc indépendant des autres facteurs mesurés. Un partage inégalitaire a un effet nocif, quel que soit le soutien reçu par ailleurs, le nombre d'éléments provoquant du stress, le niveau de scolarité et même, ce qui paraît plus étonnant, la qualité de la relation conjugale. Il est important de présenter ce résultat avec certaines réserves, car les questions que nous avons utilisées ne permettent d'estimer que de façon indirecte la qualité de la relation conjugale. Nos résultats semblent cependant indiquer qu'un partage inégalitaire serait lié à une moindre qualité de la relation conjugale, mais qu'il peut se révéler nocif malgré la présence d'une bonne relation conjugale. Un partage inégal pourrait-il mener à une détérioration de la qualité de la relation conjugale ? Une relation difficile entraînerait-elle l'abandon, par les hommes, de leur participation aux tâches domestiques ? Les deux paraissent possibles. On peut également penser que les Québécoises perçoivent la participation du conjoint comme un geste d'amour et de respect qui serait pour elles l'indice d'une bonne relation conjugale.

Nos résultats n'ont pas démontré de lien interactif significatif entre le partage des tâches, le rapport à l'emploi et les symptômes dépressifs. En d'autres termes, l'association entre un partage inéquitable et la présence de symptômes dépressifs ne s'est pas révélée significativement différente chez les travailleuses et les non-travailleuses. Il est important de noter que la présence de relations interactives est souvent difficile à démontrer statistiquement. Nos résultats indiquent toutefois clairement que le partage des tâches est associé aux problèmes dépressifs dans l'ensemble de notre échantillon, qui est composé en majorité de femmes n'occupant pas, à cette période, d'activité rémunérée. Ce résultat remet en question la vision

selon laquelle les femmes présentes à la maison ne souffrent pas d'un partage inéquitable des tâches, ayant tout le loisir d'effectuer ces travaux durant la journée. À la lumière des données qualitatives révélant le caractère difficile, et souvent peu gratifiant du travail à la maison (Doyal 1995 ; McVeigh 1997 ; Rosenberg 1993), on peut toutefois comprendre que le fait d'assumer seule la totalité des tâches puisse avoir un effet déprimant pour les femmes qui sont à la maison. Ainsi, l'une des mères interviewées dans l'étude de McVeigh (1997), notant une baisse de la participation de son conjoint aux tâches domestiques après une naissance, déplorait le fait que s'occuper d'un nourrisson n'est pas considéré comme un travail à temps plein (McVeigh 1997 : 345). Sans nier la difficulté que peut représenter la conciliation des tâches domestiques et rémunérées, il apparaît probable que le fait d'être présente à la maison toute la journée ne laisse pas aux femmes beaucoup plus de temps pour effectuer les travaux domestiques. S'occuper d'un bébé demande de nombreuses heures. De plus, la présence à la maison peut entraîner un surcroît de travail domestique, une maison où personne n'habite durant la journée étant, par exemple, moins susceptible de se salir. Enfin, exécuter des travaux domestiques toute la journée peut rendre particulièrement difficile le fait de devoir effectuer ces tâches et soins le soir et la nuit également.

Ces résultats, qui indiquent qu'un partage fortement inéquitable est néfaste pour les travailleuses et pour les femmes présentes à la maison, peuvent éclairer notre réflexion concernant l'impact de l'activité professionnelle des femmes sur leur santé psychologique à la période postnatale. On remarque en effet que les femmes présentes à la maison, et en particulier celles qui se désignent comme « femme au foyer », assument une plus grande part des tâches et des soins que les travailleuses. Il est aisé de comprendre que la présence constante de la mère à la maison soit à l'origine d'une plus grande participation de celle-ci auprès du nourrisson durant la journée. Il est cependant important de noter qu'un mode de partage fortement inégalitaire, en particulier en ce qui concerne le partage des tâches domestiques, risque d'être néfaste pour la santé psychologique des nouvelles mères. Comme les pères s'engagent de façon plus importante dans ces tâches et soins lorsque leur conjointe travaille à l'extérieur, les travailleuses ont un risque moins élevé de se retrouver dans une situation de partage pouvant être nocive pour leur santé. Ainsi, à la lumière de ces résultats, la troisième configuration de la figure 1 nous apparaît une configuration plausible pour saisir les liens unissant le partage des tâches, le rapport à l'emploi et les problèmes dépressifs. L'absence d'activité professionnelle est susceptible d'être liée à un partage particulièrement inéquitable du travail domestique, ce qui pourrait mener au développement de problèmes dépressifs pour les mères qui n'occupent pas d'emploi.

D'autres études, utilisant des outils statistiques adaptés à la mise en lumière des relations indirectes, seront nécessaires à la compréhension des liens complexes qui unissent le partage des tâches et les problèmes dépressifs vécus par les nouvelles mères. Notre recherche comporte des limites qui restreignent notre possibilité de généraliser les résultats, notamment le caractère non représentatif de l'échantillon et le moindre taux de réponse de certaines catégories de femmes, soit les immigrantes et les femmes de statut socioéconomique faible. D'autres études pourraient également explorer des aspects que nous n'avons pas mesurés, comme le rapport à l'emploi du conjoint et le nombre d'heures passées par celui-ci au travail.

Néanmoins, notre recherche soulève certaines pistes de réponses, en nous faisant constater l'influence néfaste que peut avoir un partage fortement inéquitable sur la santé psychologique des femmes, et ce, que celles-ci travaillent ou non à l'extérieur de la maison.

TABLEAU 1		DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON	
		n	%
Symptomatologie dépressive (échelle CES-D)			
Score > ou = à 16		112	27,5
Score < 16		295	72,5
Score moyen à l'échelle		12,1	(écart-type : 9,36)
Rapport à l'emploi			
Travailleuses en congé		156	38,3
Travailleuses ayant repris le travail		136	33,4
Femmes au foyer		91	22,4
Femmes à la recherche d'un emploi		24	5,9
Autres caractéristiques des nouvelles mères			
Niveau de scolarité			
Université		123	30,2
Collégial		159	39,1
Secondaire		125	30,7
Âge moyen (ans)		28,8	(écart-type : 4,74)
Perception de l'état de santé physique			
Excellente, très bonne ou bonne		359	88,2
Moyenne ou mauvaise		48	11,8
Désir de grossesse			
Désirée		315	77,4
Non désirée ou voulue plus tard		92	22,6
Caractéristiques de l'environnement			
Revenu familial			
Revenu égal au seuil de pauvreté ou plus élevé que celui-ci		298	73,8
Revenu sous le seuil de pauvreté		69	17,1
Revenu situé à 60 % du seuil de pauvreté		37	9,2
Nombre d'enfants			
Un enfant		185	45,5
Deux enfants		161	39,6
Trois enfants ou plus		61	14,9
Qualité de la relation conjugale			
Bonne ou s'étant améliorée		337	84,0
Mauvaise ou s'étant détériorée		64	16,0
Soutien social			
Nombre moyen de personnes dans le réseau de soutien		7,3	(écart-type : 3,23)
Nombre moyen de types d'aide non obtenue lors d'un besoin ressenti		1,2	(écart-type : 1,46)
Sources de stress			
Absence d'événements provoquant du stress qualifiés d'importants		250	61,4
Événements de vie source de stress importants		157	38,6
Nombre moyen de relations conflictuelles			1,0
			(écart-type : 1,07)
Nourrisson en excellente, très bonne ou bonne santé		393	96,6
Santé moyenne ou mauvaise		14	3,4

TABLEAU 2 PARTAGE EN FONCTION DU TYPE DE TÂCHES ET DE SOINS *					
Réponse à la question : « Qui fait les tâches suivantes ? » (%)					
	« VOUS [FEMME] TOUJOURS »	« VOUS [FEMME] LE PLUS SOUVENT »	« LES DEUX CONJOINTS ÉGALEMENT »	« VOTRE CONJOINT LE PLUS SOUVENT »	« VOTRE CONJOINT TOUJOURS »
TÂCHES MÉNAGÈRES					
Préparer les repas	32,4	36,6	23,3	6,1	1,5
Faire la vaisselle	15,7	27,5	44,7	7,6	1,7
Ranger la maison	23,1	35,9	36,6	3,4	0,5
Faire les achats	17,4	25,1	35,6	16,0	5,7
Faire le ménage	21,9	31,9	35,6	4,2	1,7
Repasser le linge	44,7	15,5	17,7	4,2	3,9
Laver le linge	46,2	29,2	20,6	2,5	0,5
SOINS AU NOURRISSON					
Préparer les repas du bébé	48,4	33,4	17,0	0,5	0,0
Faire manger le bébé	15,2	48,4	35,9	0,2	0,0
Se lever la nuit	28,5	31,0	30,0	2,7	2,0
Changer les couches	10,6	40,8	47,4	1,0	0,0
Donner le bain	31,4	28,3	27,5	9,3	2,9

* Les pourcentages totaux ne sont pas nécessairement égaux à 100, les répondantes pouvant décrire les tâches comme étant effectuées par une autre personne ou n'étant pas à faire.

TABLEAU 3 DESCRIPTION DU PARTAGE EN TENANT COMPTE DE L'ENSEMBLE DES TÂCHES ET DES SOINS		
<i>Partage des tâches domestiques *</i>		
Score moyen : 3,77	(%)	(n)
La femme fait la quasi-totalité des tâches (score compris entre 4,5 et 5,0)	14,5	59
La femme fait la majorité des tâches (score compris entre 3,5 et 4,4)	52,6	214
Le partage des tâches est égalitaire (score compris entre 2,5 et 3,4)	32,3	131
Le conjoint fait plus de la moitié des tâches (score compris entre 1,0 et 2,4)	0,7	3
<i>Partage des soins au nourrisson *</i>		
Score moyen : 3,86	(%)	(n)
La femme assure la quasi-totalité des soins (score compris entre 4,5 et 5,0)	16,3	66
La femme assure la majorité des soins (score compris entre 3,5 et 4,4)	56,2	228
Le partage des soins est égalitaire (score compris entre 2,5 et 3,4)	27,1	110
Le conjoint assure plus de la moitié des soins (score compris entre 1,0 et 2,4)	0,5	2

* Le score varie entre 1 (le conjoint fait la totalité des tâches) et 5 (la femme fait la totalité des tâches)

TABLEAU 4		ASSOCIATION ENTRE LE MODE DE PARTAGE DES TÂCHES ET DES SOINS ET LES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS		
ANOVA				
	SCORE MOYEN À L'ÉCHELLE CES-D	(Écart-type)	p	
<i>Partage des tâches domestiques</i>			0,008	
Le conjoint fait plus de la moitié des tâches (n : 3)	10,67	(11,59)		
Le partage des tâches est égalitaire (n : 131)	11,39	(9,06)		
La femme fait la majorité des tâches (n : 214)	11,47	(8,87)		
La femme fait la quasi-totalité des tâches (n : 59)	15,95	(10,83)		
<i>Partage des soins au nourrisson</i>			0,001	
Le conjoint assure plus de la moitié des soins (n : 2)	9,00	(4,24)		
Le partage des soins est égalitaire (n : 110)	10,35	(7,87)		
La femme assure la majorité des soins (n : 228)	11,81	(9,24)		
La femme assure la quasi-totalité des soins (n : 66)	16,00	(11,09)		

TABLEAU 5		MODÈLE DE RÉGRESSION LINÉAIRE SUR LE SCORE À L'ÉCHELLE CES-D	
R_ ajusté = 0,318		b ± se(b)	p
<i>Partage des tâches domestiques</i>			
La femme fait la quasi-totalité des tâches vs Autres		2,37 (1,112)	0,034
Qualité de la relation conjugale			
Bonne ou relation s'étant améliorée vs Mauvaise ou relation s'étant détériorée		-6,171 (1,122)	< 0,0001
Manque d'aide lors d'un besoin ressenti		1,97 (0,283)	< 0,0001
Niveau de scolarité			
Secondaire et moins vs Collégial ou université		2,17 (0,840)	0,012
Présence d'éléments engendrant du stress			
Au moins un élément important vs Aucun élément important		3,38 (0,836)	< 0,0001

Variables qui ne sont pas incluses dans le modèle :

- Partage des soins au nourrisson
- Rapport à l'emploi
- Âge
- Perception de l'état de santé
- Désir de grossesse
- Revenu familial
- Nombre d'enfants
- Nombre de personnes dans le réseau
- Nombre de relations conflictuelles
- Problème de santé du nourrisson

TABLEAU 6		ASSOCIATION ENTRE LE RAPPORT À L'EMPLOI ET LE PARTAGE DES TÂCHES DOMESTIQUES ET LES SOINS AU NOURRISSON		
ANOVA				
	SCORE MOYEN	(Écart-type)	p	
SCORE DE PARTAGE DES TÂCHES DOMESTIQUES *				
Travailleuses ayant repris le travail	3,62	(0,61)	0,001	
Femmes à la recherche d'un emploi	3,77	(0,70)		
Femmes en congé parental	3,79	(0,55)		
Femmes au foyer	3,94	(0,55)		
SCORE DE PARTAGE DES SOINS AU NOURRISSON *				
Travailleuses ayant repris le travail	3,67	(0,56)	<0,0001	
Femmes en congé parental	3,90	(0,56)		
Femmes au foyer	4,03	(0,56)		
Femmes à la recherche d'un emploi	4,04	(0,64)		

* Le score varie de 1,0 (le conjoint fait la totalité des tâches) à 5,0 (la femme fait la totalité des tâches).

— RÉFÉRENCES

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

1994 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4^e éd.)*. Washington, DC, APA.

BAXTER, J.

2000 « The Joys and Justice of Housework », *Sociology*, 34 : 609-631.

BECK, C.T.

1996 « A Meta-analysis of Predictors of Postpartum Depression », *Nursing Research*, 45 : 297-303.

BERNAZZANI, O., et autres

1997 « Psychosocial Predictors of Depressive Symptomatology Level in Postpartum Women », *Journal of Affect Disorder*, 46 : 39-49.

BIRD, C.E.

1999 « Gender, Household Labor, and Psychological Distress : The Impact of the Amount and Division of Housework », *Journal of Health and Social Behavior*, 40 : 32-45.

BLANE, L., L. BERNEY et S. M. MONTGOMERY

2001 « Domestic Labour, Paid Employment and Women's Health : Analysis of Life Course Data », *Social Science and Medicine*, 52 : 959-965.

BRANNEN, J., et P. MOSS

1991 *Managing Mothers : Dual Earner Households after Maternity Leave*. Londres, Unwin Hyman.

COLTRANE, S.

1990 « Birth Timing and the Division of Labor in Dual-earner Families », *Journal of Family Issues*, 11 : 157-181.

DESCARRIES, F., et C. CORBEIL

1995 *Travail et vie familiale : une difficile articulation pour les mères en emploi*. Montréal, Université du Québec à Montréal.

DOYAL, L.

1995 *What Makes Women Sick ? Gender and the Political Economy of Health*. New Brunswick, NJ, Rutgers University Press.

FUHRER, R., et F. ROUILLON

1989 « La version française de l'échelle CES-D. Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation », *Psychiatry & Psychobiology*, 4 : 163-166.

GJERDINGEN, D.K., et K.M. CHALONER

1994a « Mothers' Experience with Household Roles and Social Support during the First Postpartum Year », *Women & Health*, 21 : 57-74.

1994b « The Relationship of Women's Postpartum Mental Health to Employment, Childbirth, and Social Support », *J Fam Pract*, 38 : 465-472.

GJERDINGEN, D., et autres

2000 « Women's Work Roles and their Impact on Health, Well-being, and Career : Comparisons between the United States, Swede, and the Netherlands », *Women & Health*, 31 : 1-20.

GLASS, J., et T. FUJIMOTO

1994 « Housework, Paid Work, and Depression among Husbands and Wives », *Journal of Health and Social Behavior*, 35 : 179-191.

GREENSTEIN, T.N.

2000 « Economic Dependence, Gender, and the Division of Labor in the Home : A Replication and Extension », *Journal of Marriage and the Family*, 62 : 322-335.

MARSHALL, K.

1999 « L'emploi après la naissance d'un enfant », *Perspective, Statistique Canada* : 11.

MCVEIGH, C.

1997 « Motherhood Experiences from the Perspective of First-time Mothers », *Clinical Nursing Research*, 6 : 335-348.

MERCIER, L.

- 1990 « Le quotidien et le partage des tâches », dans D. Lemieux (dir.), *Familles d'aujourd'hui*. Québec, Institut québécois de recherche sur la culture : 143-155.

MOSS, P., et autres

- 1987 « The Division of Household Work during the Transition to Parenthood », *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 5 : 71-86.

NETER, E., et autres

- 1995 « Psychosocial Predictors of Postpartum Depressed Mood in Socioeconomically Disadvantaged Women », *Women's Health*, 1 : 51-75.

O'HARA, M.W., et A.M. SWAIN

- 1996 « Rates and Risk of Postpartum Depression - a Meta-analysis », *International Review of Psychiatry*, 8 : 37-54.

O'HARA, M.W., et autres

- 1990 « Controlled Prospective Study of Postpartum Mood Disorders : Comparison of Childbearing and Nonchildbearing Women », *Journal of Abnormal Psychology*, 99 : 3-15.

PAQUETTE, G.

- 1998 « La récente remise en question des hommes quant à la paternité : questionnement élaboré à la lumière des revendications du mouvement des femmes et des nouvelles pratiques des rapports de sexe », dans Collectif, *Sociologie*. Montréal, Université de Montréal.

RADLOFF, L.S.

- 1977 « The CES-D Scale : A Self-report Depression Scale for Research in the General Population », *Applied Psychological Measurement*, 1 : 385-401.

ROMITO, P.

- 1990 *La naissance du premier enfant*. Paris, Delachaux & Niestlé.

ROMITO, P., M.J. SAUREL-CUBIZOLLES, et N. LELONG

- 1999 « What Makes New Mothers Unhappy : Psychological Distress One Year after Birth in Italy and France », *Social Science & Medicine*, 49 : 1651-1661.

ROSENBERG, H.

- 1993 « Motherwork, Stress and Depression : The Costs of Privatized Social Reproduction », dans B. Fox (dir), *Family Patterns, Gender Relations*. Toronto, Oxford University Press : 245-256.

ROSENFELD, S.

- 1992 « The Costs of Sharing : Wives' Employment and Husbands' Mental Health », *Journal of Health and Social Behavior*, 33 : 215-225.

ROUX, P.

1999 *Couple et égalité. Un ménage impossible*. Lausanne, Réalités sociales.

SÉGUIN, L., L. GOULET et M.J. SAUREL-CUBIZOLLES

1995 « Santé des femmes dans l'année après une naissance et emploi ». Protocole de recherche.

SÉGUIN, L., et autres

1999 « Socio-environmental Factors and Postnatal Depressive Symptomatology : a Longitudinal Study », *Women's Health*, 29 : 57-72.

STATISTIQUE CANADA

1998 « Enquête sociale générale : temps moyen consacré aux activités selon le sexe ».

STEVENS, D., G. KIGER, et P. RILEY

2001 « Working Hard and Hardly Working : Domestic Labor and Marital Satisfaction among Dual-earner Couples », *Journal of Marriage and Family*, 63 : 504-526.

STOHS, J.H.

2000 « Multicultural Women's Experience of Household Labor, Conflicts, and Equity », *Sex Roles*, 42 : 339-361.

SULLIVAN, O.

2000 « The Division of Domestic Labour : Twenty Years of Change ? », *Sociology*, 34 : 437-456.

VANDELAC, L. (dir.)

1985 *Du travail et de l'amour. Les dessous de la production domestique*. Montréal, Éditions Saint-Martin.

WALTERS, V., et autres

1996 « Paid Work, Unpaid Work and Social Support : A Study of the Health of Male and Female Nurses », *Social Science and Medicine*, 43 : 1627-1636.

WHIFFEN, V.E.

1991 « The Comparison of Postpartum with Non-postpartum Depression : A Rose by any Other Name », *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 16 : 160-165.

WHIFFEN, V.E. et I.H. GOTLIB

1993 « Comparison of Postpartum and Nonpostpartum Depression : Clinical Presentation, Psychiatric History, and Psychosocial Functioning », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 : 485-494.

WILSON, L.M., et autres

1996 « Antenatal Psychosocial Risk Factors Associated with Adverse Postpartum Family Outcomes », *Canadian Medical Association Journal*, 154 : 785-799.